



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for helse og idrett

4AVS304

Merete Gran og Hanne Kjelstrup Skibness

Veileder: Dina Bjørlo Strande

Du skal ikke tro, du skal vite

Don`t assume, know what to do

Bachelor i sykepleie
Kull 121

2012

Antall ord: 9245

Samtykker til utlån hos biblioteket:

☒ JA

☐ NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

☐ JA

☒ NEI

*Borte er alle de gode år,
de trygge, glade og vante kår.
Nå plukker alderen fjærene av meg.
Min styrke, mitt mot, blir snart tatt fra meg.
(Oversatt av O. Reitan, s.a.)*

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Presentasjon av problemstilling med avgrensning	5
1.3 Anonymisering	6
1.4 Oppgavens disposisjon	6
2. Metode.....	8
2.1 Presentasjon av litteratursøk.....	8
2.2 Kildekritikk og etisk vurdering	8
3. Pasienter med demens og problematferd.....	11
3.1 Årsaker og symptomer ved demens	11
3.1.1 Frontallapsdemens.....	12
3.2 Grader av demens.....	12
3.3 Angst hos pasienter med demens	12
3.4 Demens og tvang.....	13
3.4.1 Autonomi.....	14
3.4.2 Paternalisme	14
3.4.3 Samtykkekompetanse	14
3.5 Pasientrettighetsloven kapittel 4A.....	15
4. Sykepleieforståelse og kommunikasjon	16
4.1 Sykepleier-pasient-fellesskapet	16
4.2 Kommunikasjon	17
4.3 Metoder i kommunikasjon med pasienter med en demenslidelse	17
5. Hvordan kan sykepleiere gjennom tillitsskapende kommunikasjon bevare autonomien til demente pasienter med problematferd, uten å bruke tvang?	20
5.1 Hvordan kan sykepleiere redusere problematferd hos pasienter med demens?	20
5.2 Tillitsskapende kommunikasjon.....	25
6. Konklusjon	29
7. Litteraturliste	30

1. Innledning

I Norge er det i dag om lag 71 000 mennesker med en demenslidelse. Lidelsen rammer i stor grad mennesker over 65 år, hvor kun 2-3 % rammes i en yngre alder (Engedal & Haugen, 2009).

Regjeringen utarbeidet i 2007, Demensplan 2015 ” Den gode dagen”, som er en del av Omsorgsplanen 2015. Planen skal sikre et dagtilbud og tilrettelegge boliger som gjør at pasienter med en demenslidelse kan fungere lengre hjemme før de kommer på sykehjem. Planen har til hensikt å sikre økt kompetanse og kunnskap blant helsepersonell, og ble lagt frem som et tjenestetilbud for mennesker med en demenslidelse. Dette er ikke et prioritert område i forskningen, men siden det er økning i den eldre befolkningen, vil det frem til 2040 bli en fordobling av demenstilfeller i Norge (Helse og Omsorgsdepartementet, 2011). Kurset «Demensomsorgens ABC» er utarbeidet for å øke helsepersonellens kunnskap om de forskjellige demenslidelsene, og hjelpe den enkelte med å gå dypere i læren om demens.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I tiden som sykepleiestudenter har vi gjennom undervisning og praksis gjort oss erfaringer hos pasienter med ulike demenslidelser. I skolens retningslinjer er det gitt tema, «Bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom». Vi ser på temaet som relevant, for som ferdigutdannet sykepleier, vil dette bli en del av vår hverdag. Loven om pasientrettigheter kapittel 4A vil bli et viktig verktøy gjennom oppgaven, vi har gjennom egne erfaringer sett bruk av ubevisst tvang, der det kunne vært unngått. Vår oppgave som sykepleiere er å ivareta den enkelte pasients autonomi, vise respekt og skape tillit. Gjennom erfaringer på sykehjem har vi møtt mye problematferd. Vi ser hvor viktig det er å få kontroll over situasjonen og å skape tillit hos pasienten. Studier viser til at problematferd og uro kan reduseres med god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier (Lindholm, 2010).

Gjennom oppgaven søker vi etter pålitelig og gjennomførbar forskning som vi kan diskutere. Vi vil belyse tiltak som kan være til hjelp i fremtidens arbeid med demente pasienter. For sykepleieren er det å inneha nok kunnskap viktig for å skape tillit mellom pasient og sykepleier.

1.2 Presentasjon av problemstilling med avgrensning

Ut ifra tema har vi valgt problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleiere gjennom tillitsskapende kommunikasjon bevare autonomien til demente pasienter med problematferd, uten å bruke tvang?»

I denne bachelor oppgaven er vi to studenter som skriver sammen, og vil bruke begrepet «vi» om oss selv. Aktuelle begreper i oppgaven vil bli forklart underveis. I NOU 1992:8 Lov om pasientrettigheter blir «pasient» definert på følgende måte:

«Med pasient menes en person som henvender seg til helsevesenet med anmodning om helsehjelp og som helsevesenet gir eller tilbyr helsehjelp i individuelle tilfeller.»

Vi har valgt å bruke begrepet pasient gjennom hele oppgaven, dette begrunner vi med hva de norske yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2008) sier om dette:

“Begrepet pasient er beholdt, både fordi vi mener det er den beste benevnelsen for de som søker helsehjelp, og fordi helselovene klart benevner alle som «gis eller tilbys helsehjelp» som pasienter” (s.5).

Vi vil også benytte oss av begrepet «demente» i omtale av pasienter med en demenslidelse i oppgaven. Gjennom oppgaven velger vi å si noe om selve sykdommen demens. Symptomer ved demens innebærer motoriske, kognitive og de atferdsmessige symptomene (Engedal & Haugen, 2009). Vi kommer til å nevne kort om de to sistnevnte da disse er mest relaterte til vår oppgave. Ut ifra problemstillingen velger vi å si noe om mild, moderat og alvorlig demens, da vi har valgt å skrive om problematferd og bruk av tvang. Vi velger å si noe kort om frontallappdemens da vi ser at denne lidelsen har en sammenheng med problematferd og utagering.

I forhold til angstrelaterte hendelser velger vi å se på sammenhengen hvor det kan oppstå problematferd hos pasienten. Vi er kjent med at problematferd hos pasienter kan føre til bruk av tvang fra helsepersonell. Vi velger å gå inn på det vi ser på som de viktigste punktene for å unngå bruk av tvang.

Vi har valgt å presentere Jan Kåre Hummelvoll sitt syn på sykepleie og hans definisjoner. Denne teorien er relevant i forhold til vår problemstilling, som omhandler tillitsskapende kommunikasjon. Hummelvoll skriver om sykepleier-pasient-fellesskapet, og ut ifra de ni hjørnesteinene har vi valgt å presentere likeverdighet og møte/nærværenhet. Disse to

hjørnesteinene underbygger vår problemstilling. I teorien presenterer vi kommunikasjon generelt, dette for å få frem helheten. Kommunikasjonsmetodene vi har valgt å presentere i teorien er reminisens, validering, realitetsorientering, avledning, guiding og berøring. Dette er metoder vi ser på som gjennomførbare i kommunikasjon med demente pasienter, da vi har erfaring fra praksis med bruk av disse metodene.

Lovverket har vi valgt å sette inn i teorien etter hvor vi ser dette er relevant i teksten. Vi ser på prinsippene autonomi, paternalisme og samtykkekompetanse som viktige i denne oppgaven.

Vi har sett at pasientens integritet og verdighet ofte blir tatt lite hensyn til. I oppgaven legger vi vekt på bruken av empati og respekt i samhandling med andre mennesker. Vi ser at Lov om pasientrettigheter kapittel 4A er viktig med tanke på pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Vi benytter oss av denne loven gjennom oppgaven da den gir oss et bilde av hvordan vi som sykepleiere kan yte nødvendig helsehjelp. Dette for å unngå brudd på loven og samtidig ta vare på pasientens integritet.

Sykehjemmet er valgt som hovedarena gjennom oppgaven, men vi trekker inn hjemmebasert for å vise helheten i samhandling med pasienten.

Vi har valgt å benytte forskning fra Norge og Nederland i denne oppgaven på grunn av validiteten og relevansen til vår problemstilling.

1.3 Anonymisering

Vi kommer til å henvise til egne erfaringer og eksempler gjennom oppgaven, og benytter oss derfor av fiktive navn og steder, så det ikke blir gjenkjennbare pasientsituasjoner. Dette for å unngå brudd på taushetsplikten vi har som helsepersonell.

1.4 Oppgavens disposisjon

Vi har valgt å benytte et dikt som forord da vi mener vi får frem et budskap for oppgaven gjennom diktet.

Oppgaven er bygd opp i syv hovedkapitler hvor vi igjen har delt de opp i underkapitler.

Det første kapitlet presenterer vi hensikten med oppgaven, problemstilling med anonymisering, begrepsavklaring, avgrensning og oppgavens disposisjon. I kapittel to presenterer vi metoden og hvilken litteratur vi har benyttet sammen med forskningsartikkel.

I tredje kapittel beskriver vi demens, frontallapspdemens, symptomer og årsaker. Under dette kapitlet ser vi nærmere på angst, tvang, samtykkekompetanse, autonomi og paternalisme i forhold til pasienter med en demenslidelse. Vi har valgt å benyttes oss av Lov om

pasientrettigheter kapittel 4A og de Yrkesetiske retningslinjene for oss som sykepleiere. Dette opp mot den etiske delen med pasientens autonomi i fokus. I kapittel fire presenterer vi begreper om sykepleie ved Jan Kåre Hummelvoll, vi trekker inn kommunikasjon og metoder vi ser kan anvendes i samspillet med pasienten.

I kapittel fem har vi to drøftingsdeler som omhandler temaene vi har beskrevet i teorien.

Valgte artikler vil bli trukket inn i dette kapittelet.

I kapittel seks har vi oppsummering av oppgaven gjennom en konklusjon om hva vi har lært gjennom oppgavens utarbeidelse og en konkret løsning på problemstillingen.

Under kapittel syv kommer litteraturlisten over pensumlitteratur og selvvalgt litteratur.

2. Metode

Metode etterprøver sanne, gyldige og holdbare påstander. Det er et verktøy i fremgangsmåten hvor vi benytter påstander, for å løse oppståtte problem og for å frembringe nye kunnskaper.

Metoden viser hvor og hvordan kunnskap frembringes med god dataoversikt.

Litteraturstudien viser til hva som foreligger av forskningsbasert kunnskap. Det er systematisk gjennomgang av litteratur fra en gitt problemstilling (Dalland, 2010). I vår oppgave søkes det etter litteratur samtidig som vi kritisk vurderer og diskuterer.

2.1 Presentasjon av litteratursøk

For å finne relevante artikler har vi benyttet oss av databaser som: Helsebiblioteket, PubMed, Ebscohost, SveMed+, Sykepleien Forskning og Tidsskrift for Den norske legeforening. Vi benyttet oss av SveMed+ for å finne mesh termer for å bedre søkene våre. Vi har brukt søkeordene i flere kombinasjoner på de forskjellige databasene. Først søkte vi med norske søkeord som «demens», «tvang» og «sykehjem», dette ga oss lite funn. Våre søk krevde engelske søkeord, der vi benyttet oss av ordene: «dementia», «communication», «communication methodes», «restrain», «autonomy», «ethics», «nursing homes» og «nurse». Disse ga oss et bredere resultat. Vi har benyttet oss av forskningsartiklene vi fant på Ebscohost, Tidsskrift for den Den norske legeforening, Pub Med og Sykepleien Forskning, da de er relevante til vår problemstilling.

Under selvvalgt litteratur har vi benyttet oss av skolens bibliotek og pensumlitteratur for å finne aktuell og relevant teori. Vi har i tillegg benyttet oss av helsedirektoratet, lov om pasientrettigheter og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere da lover og regelverk er relevante til vårt tema i oppgaven.

2.2 Kildekritikk og etisk vurdering

Vi har benyttet oss av «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» (2008) for å vurdere artiklene kritisk. Kriterier vi har satt for å finne relevante forskningsartikler innebærer at artiklene er valide. Våre valgte artikler er skrevet i Nederland og Norge. Formålet kommer tydelig frem i alle fire, og studiene har tilstrekkelig med datainnsamling som vi mener kan brukes i vår oppgave. Artiklene som er skrevet i Norge er publisert i løpet av de 10 siste årene, og er veldig aktuell for vårt valg av tema. Vi mener at artikkelen som er skrevet i Nederland er overførbar til Norge på grunnlag av få forskjeller i omsorgskulturen. Gjennom artiklene

kommer det frem synspunkter som underbygger vår problemstilling. Forfatterne av artiklene har pleie- og sykepleiefokus som er troverdig og relevant for denne oppgaven.

Kvantitativ forskning er en tverrsnittstudie der man samler inn planlagt informasjon av et utvalg på et bestemt tidspunkt. Kvantitativ forskning benyttes når en ønsker å beskrive forekomst og fordeling, men også ved å finne sammenhengen mellom ett eller flere begreper, eller variabler. Det er viktig at vi ved denne forskningen vurderer om den er overførbar til populasjonen generelt (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007). Den kvantitative forskningen går i bredden og gir få opplysninger om mange enheter. Den gir opplysninger om det gjennomsnittlige da det samles inn deler av adskilte opplysninger. Den kvantitative forskningen tar for seg forholdet mellom forsker og undersøkelsesperson som et jeg – det – forhold (Dalland, 2010).

Artikkelen «Grip on challenging behaviour: a multidisciplinary care programme for managing behavioural problems in nursing home residents with dementia» (Zwijzen, Smalbrugge, Zuidema, Koopmans, Bosmans, Van Tulder, Eefsting, Gerritsen & Pot), er en kvantitativ nederlandsk studie utgitt i 2011. Vi fant artikkelen på PubMed med søkeordene «dementia», «communication methods» og «nursing homes». Dette søket ga 126 treff, hvorav 18 i fulltekst. Vi leste 6 abstrakter. Studien omhandler utfordringer ved problematferd hos demente pasienter på sykehjem. Vi valgte denne artikkelen som var mest relevant ut ifra vårt valg av tema.

Kvalitativ forskning går ut på å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, holdninger og opplevelser. Det benyttes ikke-statistiske metoder for analyse. Ved kvalitativ forskning skjer datasamlingen gjennom intervju eller observasjon. Det benyttes få informanter, men det gir et rikt datamateriale (Nortvedt et. al., 2007). Den kvalitative forskningen får frem følsomheten og jeg – du - forholdet mellom forsker og undersøkelsespersonen, samtidig som det gir en helhet i innsamlet data. Det får samtidig frem det særegne i forskningsmaterialet. Den går i dybden og får utvidede opplysninger ut ifra få enheter (Dalland, 2010).

Artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde), er en kvalitativ norsk studie utgitt i 2010. Vi fant artikkelen på Sykepleien med søkeordene «demens» og «tvang». Søket ga 8 treff, hvor kun denne var aktuell for vårt

tema. Relevansen i studien omhandler tvang og kunnskap hos sykepleiere i møte med demente pasienter. Dette er noe vi ønsker å belyse i vår oppgave.

Artikkelen «Prevention of unethical actions in nursing homes» (Solum, Slettebø & Hauge), er en kvalitativ studie gjort i Norge, utgitt i 2008. Søkeordene som ble benyttet er: «communication», «autonomy», «ethics» som ga 83 resultater. Ved å legge til søkeordet «nursing homes» reduserte det treffene til 4. Artikkelen ble funnet på Ebscohost. For å begrense søket i fulltekst artikler, begrenset vi søket til perioden 2007-2012. Vi leste 4 abstrakter, men kun denne som var aktuell. Relevansen i denne studien omhandler å unngå krenkelse av pasientens autonomi. Dette sier vi noe om gjennom oppgaven som gjør artikkelen relevant ut ifra vårt valg av tema.

Artikkelen «Bruk av tvang i sykehjem» (Kirkevold), er en kvalitativ studie gjort i Norge og utgitt i 2005. Vi søkte gjennom Helsebiblioteket sine databaser på PubMed, der benyttet vi søkeordene: «nursing homes» og «restrain». Søket ga 15 treff, hvorav 1 i fulltekst. Denne artikkelen underbygger teori vi var ute etter i forhold til utførelse av tvang på sykehjem. Vi ser på dette som en valid og relevant artikkelen, da spesifikk omhandler vår problemstilling.

Vedlegg: PICO-skjema.

3. Pasienter med demens og problematferd

I dette kapittelet skriver vi om demens, årsaker og symptomer. Vi ser nærmere på tvang og pasientrettighetsloven kapittel 4A sammen med autonomi, paternalisme og samtykkekompetanse.

3.1 Årsaker og symptomer ved demens

Demens er fellesbetegnelsen på flere syndromer med irreversibel og kronisk tilstand som rammer hjernen. Syndromet er ervervet og gjør at den kognitive funksjonen blir gradvis redusert. Dette medfører problemer for den rammede med å gjennomføre daglige gjøremål. Pasienten vil få redusert hukommelse, språk, dømmekraft og adferd (Engedal & Haugen, 2009). Engedal og Haugen (2009) definerer demens slik:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som språkevne, læring, hukommelse og tenkning. Sykdommen er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (s. 20).

Selve demens typen stilles ut i fra hvilket sted i hjernen som er rammet og hvilket stadium pasienten er i, og det er mange like symptomer på tvers av de forskjellige typene demens. De gir forskjellig utslag i form av kognitive symptomer som befatter oppmerksomhet, læring, hukommelse, handlingssvikt og språk. De atferdsmessige symptomene omfatter det følelsesmessige som depresjon, angst, hallusinasjoner, vrangforestillinger og aggressivitet (Engedal & Haugen, 2009). Lidelsen demens resulterer i personlighetsforandringer og sterkere personlighetstrekk som kan være vanskelig å akseptere for menneskene rundt pasienten. Dette kan gi uttrykk i urolighet og vandring, men også det helt motsatte som depresjoner og passivitet (Hummelvoll, 2008).

Aggressiv og irritabel atferd oppfattes som vanskelig å mestre for mennesker rundt pasienter med en demenslidelse. Pasienten har redusert forståelse for det som skjer og vil heller ikke oppfatte hvordan miljøet rundt seg fungerer (Engedal & Haugen, 2009). Aggresjonen som oppstår ved demens, kalles emosjonell aggresjon. Der har pasienten redusert terskelen for impulskontroll (Hummelvoll, 2008). Arvelighet ved demens er svært sjeldent. Ved typene demens som kan være genetisk arvelige innebærer det kun få prosent. Men siden den eldre

befolkningen er i vekst, vil det kunne være flere i samme familie som får diagnosen, men da ofte forskjellige diagnoser med demens (Nielsen, 2011).

3.1.1 Frontallappsdemens

Frontallappsdemens (FTLD) er en degenerativ hjernesykdom som rammer tinning- og pannelappene. De rammer begrenset deler, enten på ene eller begge sidene. I etterkant av blødninger, infarkt, svulster og vitamin B1 mangel, kan det på grunn av celle tap i hjernen oppstå FTLD. Dette er ikke en genetisk sykdom og den oppdages heller ikke spesifikt før pasienten er død og da gjennom obduksjon. Men karakteristikken på pasienten er endret atferd. Sykdommen opptrer hos begge kjønn og da ofte før 65 års alderen. Pasientene vil etter hvert bli mer tilbaketrukket, initiativløse og får nedsatt evne til å løse problemer, blir lett irriterte og det kommer ukontrollerte språkutbrudd i mangel på kommunikasjons funksjon. Hukommelsen, forståelsen og orienteringsevnen vil først reduseres lengre ut i forløpet. Utagering og avvikende sosial atferd er klassisk for denne type demens. Pasienter med FTLD har i begynnelsen lett for å være forvirret (Engedal & Haugen, 2009).

3.2 Grader av demens

Demens kan utvikle seg i forskjellig tempo, alt fra å være i rask progresjon over kort tid til å vare bort i mot 20 år. Dette avhenger helt av hvilken type demens pasienten er rammet av. Det er tre grader i demensforløpet hvor den milde graden er når pasienten selv opplever å være glemsk. Tidsperspektivet blir diffust, enkle hverdagslige gjøremål og setninger kan bli vanskelige. Denne gruppen pasienter klarer seg med litt tilrettelegging hjemme. Ved den moderate graden, vil hukommelsen være betydelig svekket, daglige gjøremål som pasienten ikke får til ved egen hjelp, får større betydning. Stedsansen svikter og medfører problemer i å finne frem. Ved alvorlige graden av demens vil orienteringsevnen være borte. Her trenger pasienten døgntilsyn. Pasienten vil ikke klare å kjenne igjen familiemedlemmer, tid eller sted. Ordforrådet og bevegelseskontrollen vil være betydelig redusert, pasienten får inkontinens og handlingssvikt (Berentsen, 2008).

3.3 Angst hos pasienter med demens

Pasienter med demens vil ofte oppleve angst, ofte som en katastrofereaksjon. Siden sykdommen utvikler seg, får pasienten redusert, og senere manglende oversikt over sin egen situasjon, kan resultere i angst. Dette fører til redsel og aggressivitet som igjen gjør at det kan

oppstå uønsket atferd. Symptomene på angst opptrer ofte som gjentakende spørsmål. Eksempler på dette kan være når pasienten flere ganger daglig gjentar spørsmålet om «hvor mor og far er». Pasienten viser også angst gjennom uro og ved å bli forlatt (Engedal & Haugen, 2009).

3.4 Demens og tvang

Det er viktig å benytte seg av etiske refleksjoner da man jobber rundt pasienter med en demens lidelse. Eksempler vi kan gi på dette vil være at pasienten ikke stiller seg, virker medtatt og syk, eller ikke får handlet inn matvarer. Pleiere har forskjellige meninger om hvordan en situasjon skal løses, så det må vurderes hva som er rett og galt i en situasjon. Det er viktig å legge til rette for pasienten, sykepleiere tar viktige avgjørelser for pasienten på hva som er rett og galt. Alt må gjenspeile seg i hva som er til det beste for pasienten, for å respektere dens autonomi og verdighet. Det er viktig å kjenne pasienten og dens rutiner ved hjelp til daglig gjøremål. Utførelsen og samarbeidet fungerer best på ”pasientens premisser”. Det er viktig å la pasienten utføre autonome valg. Dette viser respekt for pasienten og dette vil kunne la seg gjøre langt ut i sykdomsforløpet. Alt avhenger av hvordan sykepleieren behandler pasienten og hvordan hun kommuniserer med den enkelte (Berentsen, 2008). Pasientrettighetsloven § 4A-5 beskriver vedtakene som fattes når pasienter motsetter seg helsehjelp. Vilklårene i loven må fylles for at vedtaket skal iverksettes og om det er nødvendig, kan opplysninger hentes utenfra for å forsikre seg om hva som er det rette for pasienten og dens ønsker. For å få vedtekter på tvang må episoder dokumenteres av helsepersonellet som observerer pasienten daglig (Helsedirektoratet, 2008).

Sykepleieren skal beskytte pasienten mot tvang der det utføres ulovligheter i form av krenkende handlinger (Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Krav om tillitsskapende tiltak innebærer at det skal ha vært forsøkt helsehjelp før det benyttes tvang. For å unngå å bruke tvang er det viktig med informasjon og tilrettelegging av handlingen i den grad det er mulig å gjennomføre med pasienten (Helsedirektoratet, 2008). Det er viktig for helsepersonell å tenke gjennom hvordan helsehjelpen blir utført. Pasienten kan av uvitenhet oppfatte situasjonen som skremmende. Atferd til pasienten oppfattes som problematisk, men i realiteten er det på grunn av redsel fordi usikkerheten over det som skal skje ikke er kjent. Viktigheten av å få gjennomført vårt mål vil da være å få pasienten til å forstå hva som skal skje ved å legge til rette omgivelsene for handlingen. Helsehjelpen kan bare iverksettes der det er til det beste for

pasienten. For å kunne benytte seg av loven, må det vektlegges i hvilken grad pasienten setter seg til motverge (Helsedirektoratet, 2008).

3.4.1 Autonomi

Ordet autonomi stammer fra gresk og betyr selvstyring eller selvregulering. Ordet kommer fra auto som betyr selv og nomos som betyr regulering, styring og lov.

Autonomi benyttes både om pasienten og pleierens selvbestemmelse eller i noen tilfeller medbestemmelse (Slettebø, 2009). I de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) punkt 2.5 kommer selvbestemmelsen inn. Pasientrettighetsloven (2011) sier:

”Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett” (§ 4A-1). Autonomiprinsippet gir pasienten ytringsfrihet, men visse forutsetninger må være til stede for autonom funksjon i samfunnet (Justis - og Beredskapsdepartementet, 1999).

3.4.2 Paternalisme

«Paternalisme er en form for makt der vi tillater oss retten til å bestemme hva som er best for et annet menneske» (Fjørtoft, 2006, s. 141). Svak paternalisme kan benyttes der det er behov for å regulere atferden. Det må påvises svikt i frivillighet og kompetanse for at sykepleieren kan ta avgjørelser for pasienten. Det skal fokuseres på pasienten uten å utøve makt, bryte normer og verdier (Slettebø, 2009). Makt beskrives som en evne eller mulighet til å påvirke. Makt benyttes i de tilfeller der man skal forbygge skade, og det må da tas i betraktning om pasienten kan foreta autonome valg (Fjørtoft, 2006). I punkt 2.5 i de Yrkesetiske retningslinjer (2011), har sykepleieren plikt til å beskytte pasienten mot rettighetsbegrensninger og tvang. Vi skal unngå at pasienten havner i krenkende situasjoner (2011). Svak paternalisme benyttes der pasienten har redusert autonomi og ikke forstår sitt eget beste (Hoffmann, 2002).

3.4.3 Samtykkekompetanse

I pasientrettighetsloven kapittel 4A § 2.4.3 omtales pasienten som samtykkekompetent da avgjørelser om helsehjelp kan tas på egenhånd. Helsepersonell skal ikke være i tvil om pasientens tilstand, om så er, er pasienten samtykkekompetent. Samtykkekompetansen bortfaller der pasienten har en demenslidelse (Helsedirektoratet, 2008).

3.5 Pasientrettighetsloven kapittel 4A

Pasientrettighetsloven kapittel 4A trådte i kraft 1. juni 2009 og har som mål å hjelpe pasienter uten samtykkekompetanse, som motsetter seg helsehjelp, til å motta den helsehjelpen de trenger. Den skal forebygge og begrense bruk av tvang mot pasienter som ikke forstår utfallet av sine handlinger og som ikke har samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2008).

Pasientrettighetsloven innebærer om at den som skal motta helsehjelpen samtykker. Selv om pasienten motsetter seg hjelpen, vil pleiepersonalet kunne yte hjelp, for å gi nødvendig hjelp, men den skal også begrense bruken av tvang (Berentsen, 2008).

4. Sykepleieforståelse og kommunikasjon

I dette kapittelet presenterer vi Jan Kåre Hummelvoll. Vi vektlegger det mellommenneskelige forholdet i sykepleier-pasient-fellesskapet. Videre vektlegger vi kommunikasjon med demente og metoder for å oppnå tillit og samhandling.

4.1 Sykepleier-pasient-fellesskapet

Sykepleier-pasient-fellesskapet er en sykepleieprosess som beskriver dannelsen av det terapeutiske forholdet mellom pasient og sykepleier. Prosessen kombinerer både forståelse og forklaring i forhold til forskjellige pasientsituasjoner. Forutsetningen med prosessen er å utvikle et samarbeid og et fellesskap mellom sykepleier og pasient (Hummelvoll, 2008).

Hummelvoll (2008) definerer sykepleie som:

Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/ redusere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvspekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer (s.47).

Hummelvoll (2008) beskriver pasienten som ikke har mulighet til å formidle sine behov og ønsker selv. Det er sykepleierens oppgave å vise empati, kunnskap og forståelse for det mennesket. Sykepleierens oppgave er å videreformidle pasientens behov og det vi har observert til rette instans. Sykepleier-pasient-fellesskapet hviler på sentrale hjørnестener: Likeverdighet er ledetråden i sykepleier-pasient-fellesskapet. Det innebærer at et helhetlig «jeg» møter et helhetlig «du». Det fører til at sykepleieren åpner seg for den situasjonsopplevelsen og forestillingsverdenen pasienten har. Sykepleieren og pasienten må arbeide seg frem til en gjensidig respekt for hverandres integritet for å kunne forestille seg en realisering av likeverdighet (Hummelvoll, 2008).

Ved møte/nærværenhet er forutsetningen for å nå inn til pasientens problem, å lytte. Dette betyr at sykepleieren er åpen for de ulike måtene pasienten forsøker å gjøre seg forstått på, både med og uten ord. Det å lytte er en aktiv tilstand som er preget av konsentrert nærvær.

Nærvær må forstås som evnen til å være til stede på en autentisk måte. Gjennom dette gir det en opplevelse av et Jeg-Du-forhold, som kan danne grunnlaget for et reelt møte mellom sykepleieren og pasienten (Hummelvoll, 2008).

4.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet «communicare». Det betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. Det er to hovedtyper ved kommunikasjon, verbal- og nonverbal kommunikasjon. Ved verbal kommunikasjon er det et språklig innhold, enten ved tale eller bruk av skrift, mens ved den nonverbale kommunikasjonen er det utveksling av signaler på andre måter. Eksempler på dette er bevegelse, kroppsholdning, ansiktsuttrykk, berøring og stemmebruk (Eide & Eide, 2008). I arbeidslivet har vi profesjonell kommunikasjon. Sykepleiere kommuniserer med pasienter som av ulike grunner trenger eller søker vår hjelp. Profesjonell kommunikasjon har et helsefaglig formål. Sykepleiere kan ha ulike arbeidsområder, metoder og pasientgrupper, men formålet er det samme: «fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse, gjenopprette helse». Å lytte aktivt er den viktigste ferdigheten i profesjonell kommunikasjon. Verbale lytteferdigheter kan være å stille spørsmål til pasienten og oppmuntre til å snakke videre. Nonverbale lytteferdigheter kan være øyekontakt, kroppsholdning og fysisk berøring. Ved å lytte til pasienten gir man et signal om at man er interessert i pasienten og dens ytringer, dette fremmer livskvaliteten hos pasienten (Eide & Eide, 2008).

Når vi er sammen med andre mennesker sender vi automatisk ut et budskap. Dette budskapet blir fanget opp og tolket av den man kommuniserer med (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

«Kommunikasjon er å gjøre en melding eller et budskap til et felles eie, slik at vi forstår det samme budskapet» (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s.20). Bruk av empati er nødvendig for å få kommunikasjonen til å lykkes. Empati vil si å sette seg inn følelsene til det mennesket man kommuniserer med, sånn at man er i stand til å forestille seg og føle det samme. Forståelse er en viktig forutsetning i samhandling med pasienter (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

4.3 Metoder i kommunikasjon med pasienter med en demenslidelse

«I kommunikasjon med eldre kan man benytte seg av ulike metoder, gjerne i kombinasjon, men mye kan tyde på at hjelperens interesse, kunnskap, empati, omsorg og respekt er et viktigste for å få god kontakt og kunne kommunisere godt» (Eide & Eide, 2008, s. 383).

Demente mangler evnen til å kunne skille mellom fortid, nåtid og fremtid, og de har en sterkt svekket evne til å motta informasjon (Eide & Eide, 2008). Kroppsspråk og mimikk har stor betydning som uttrykksmiddel i kommunikasjon med demente (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Målet med omsorgen hos demente er å tilpasse situasjonene sånn at pasienten opplever å ha kompetanse i møte med utfordringer i dagliglivet og i samvær med andre (Hummelvoll, 2008). Det er viktig å gå med pasienten, lytte og prøve å forstå budskapet som ligger i det pasienten sier eller gjør (Eide & Eide, 2008). De beste rammene for kommunikasjon er der pasienten føler trygghet, på sitt eget rom (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Et strukturert miljø der det er lett å orientere seg vil hjelpe pasienten med å få en god daglig struktur som er oversiktlig (Eide & Eide, 2008). Demente pasienter kan ha gode grunner til å bli sinte, lei seg, engstelig eller fortvilet. Ved å vise respekt er det viktig at man lytter og viser forståelse for det pasienten har å si. Dette vil være med på å styrke selvfølelsen (Eide & Eide, 2008).

Hummelvoll (2008) beskriver kommunikasjonen med pasienter med ulike demenslidelser. «Ved moderat og alvorlig grad av demens bør kommunikasjonen bære preg av å være forklarende, støttende og trøstende» (Hummelvoll, 2008, s. 371). Pasienten opplever følelser og stemninger sterkere enn realiteten. Ved frontallappsdemens benyttes en annen metode. I kommunikasjonen er det viktig å sette klare grenser for atferd og sykepleieren må gi klare beskjeder for hvordan handlingen skal utføres. Sykepleieren starter og stopper pasienten, her er det viktig at vi ikke gir pasienten mange valg (Hummelvoll, 2008). I kommunikasjon med demente finnes det flere metoder. «Reminisens betyr å huske og minnes, å vekke gjenklang» (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s.53). Lukt, lyd, syn, smak eller følelse kan være det som skal til for å vekke gjenklangen (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Målet med reminisens er at pasienten skal få tillit og oppleve følelsen av samhörigheten med andre pasienter (Hummelvoll, 2008). Det er viktig å kjenne til pasientens livshistorie, den er den enkeltes egen fortelling, og den finnes det bare én av (Jakobsen, 2007). Minnene hos demente pasienter kan være svært betydningsfulle, men evnen til å gjenkalle de er redusert. Demente husker fortiden bedre enn nåtiden (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

«Validering betyr å gjøre følelser gyldige» (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s. 58). Validering er positive minner som tolkes i det livet pasienten har levd. Hensikten med validering er å ivareta pasientens identitet (Jakobsen, 2007). Hos demente er den følelsesmessige hukommelsen bevart, det er der valideringen utnytter (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

Realitetsorientering benyttes for å orientere pasienten til riktig tid, sted og situasjon. Denne formen for kommunikasjon utfordrer sider hos demente som er svært svekket (Jakobsen,

2007). Realitetsorientering som metode har skapt kritikk på grunn av kravet til kognitiv kapasitet, læring og hukommelse. Realitetsorientering gjennom for eksempel avislesing, skilting og daglig informasjon behøver ikke å være negativt for pasienten, men ha en opplysende effekt. Denne personorienterte tilnærmingen kan bidra til bekreftelse. Målet med denne tilnærmingen til pasienter med demens er gjennom bekreftelse av pasientens identitet, integritet og iboende ressurser. Målet er også å skape forutsetninger for opplevelse av mestring, kontroll og trygghet (Jakobsen, 2007).

Avledning betyr å lede pasienten bort fra situasjoner. Det kan foregå på flere måter. For at bruk av avledning skal lykkes er det viktig at vi kjenner pasienten godt. Ved å avlede flytter vi pasientens oppmerksomhet bort fra det den var rettet mot. Dette er en god metode for å unngå uhensiktsmessige episoder og handlinger (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

«Å guide betyr å føre og vise vei» (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s. 51). Målet med guiding er at pasienten skal utføre så mye som mulig selv, for å bevare sin identitet, evner og egenverd (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Vi kan guide gjennom bruk av kroppen, stemmen og/eller språket, ut ifra hva som fungerer best. Ved bruk av språk forteller vi nøyaktig hva pasienten skal utføre. Her er det viktig å holde kroppen i ro for ikke å forstyrre. Dette gjelder spesielt hendene. Guiding med kroppen brukes når muntlig guiding ikke kan brukes (Jakobsen, 2007). «Det er ikke alle mennesker som liker å bli berørt av andre, og det er forskjell på hva slags berøring vi liker og av hvem» (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s. 56). Demente liker å bli berørt da de fornemmer berøring med trygghet og den nærhet de trenger. Det er viktig at man har det klart for seg hva man ønsker å oppnå med berøringen før man berører pasienten. (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

5. Hvordan kan sykepleiere gjennom tillitsskapende kommunikasjon bevare autonomien til demente pasienter med problematferd, uten å bruke tvang?

Dalland (2010) gir oss et bilde på hva drøfting er, sammenhengen mellom teorien vi har funnet, problemstillingen og kunnskapen som skal synliggjøres. Vi skal i denne delen av oppgaven se på teorien vi har funnet fra flere sider for å besvare problemstillingen vår. Vi skal sette fokus på hva vi som sykepleiere kan gjøre for å skape tillit med pasienten for å unngå å bruke tvang.

5.1 Hvordan kan sykepleiere redusere problematferd hos pasienter med demens?

I artikkelen "Prevention of unethical actions in nursing homes" kan vi lese om pleiere som utfører jobben sin på den måten de selv synes er best. Dette fungerte ikke like godt for pasienten, så situasjonen fikk ofte et annet utfall enn forventet (Solum, Slettebø & Hauge, 2008). Det vi ser gjennom denne praksisen er for det første en forvirret pasient. Hver gang pasienten er i en situasjon vil det bli utført på forskjellige måter etter hva den enkelte pleier føler er rett. Dette kan igjen føre til sinne og problematferd hos pasienten, som kan være uheldig for handlingen. For det andre kan det føre til tvangshandlinger som kunne vært unngått i situasjonen. Vi som sykepleiere ser på dette som mangel på kunnskap i forhold til arbeid med demente pasienter. Episoden kunne vært unngått eller redusert om personalet hadde fått undervisning og kunnskaper i å arbeide rundt pasienter med en demenslidelse. Det er viktig og ikke tro, men å vite hva vi skal utføre og hvordan.

Gjennom Demensplanen 2015, "Den gode dagen", er målet å sikre pasienter med en demenslidelse bedre livskvalitet. Pasienten skal kunne få tilbud som gir livet en mer betydningsfull hverdag og stimuleres ved hjelp av aktivitet (Helse – og Omsorgsdepartementet, 2011). Vi ser på dette som viktig for å opprettholde pasientens verdighet og integritet, ved å bo hjemme lengst mulig, men med et tilrettelagt aktivitetstilbud. Dette vil i noen tilfeller hjelpe pasienten til å klare seg selv litt lengre, enn om det ikke fantes noen form for aktivitet. Det vil også kartlegge pasientens utvikling klarere i forhold til da hjemmesykepleien kun er innom pasientens hjem kortere turer.

Siden regjeringen innen 2015 vil sikre full sykehjemsdekning, krever det å få tilrettelagte boliger i form av bofellesskap (Helse – og Omsorgsdepartementet, 2011). Dette vil kreve store omveltninger, siden det for tiden er liten dekning på sykehjemsplasser. Disse er per dags dato ikke tilrettelagt for økningen av pasienter og det vil føre til stor plassmangel om det ikke bygges ut i tid til pasientveksten starter. Vi ser for oss midlertidige løsninger og at pasientene fortsatt blir boende hjemme lengre enn det som er forsvarlig. Noe som igjen gir pasienten uverdige opplevelser og at de utsettes for nedsatt livskvalitet. Selve prosjektet vil samtidig kreve flere helsearbeidere og det gjør det nødvendig med økende rekruttering til yrket. For å legge til rette behandling, bolig og omsorg tett opp mot den demente, kreves det kunnskap og kompetanse fra oss som helsepersonell (Helse – og Omsorgsdepartementet, 2011). Det holder ikke bare å utføre samme handling mot alle med demens. Lidelsen er forskjellig og hvert enkelt individ oppfatter omsorg, kommunikasjon og samhandling på forskjellig måte. Dette kommer an på hvilken grad demens pasienten har, hvor langt lidelsen har kommet i forløpet og hvordan vi som pleiere imøtekommer den enkelte pasient. Vi trenger kompetanse og kunnskap om lidelsen for å kunne yte den omsorgen og hjelpen hver enkelt pasient har krav på. Dette kan man som helsearbeider få bedre kunnskaper om ved å utføre kurs som blir tilbudt både gjennom kommunen og sykehuset da man er i samhandling med demente pasienter. Kurset «Demensomsorgens ABC» har gitt oss ny og bedre kunnskap som vi i fremtiden vil benytte i arbeid med demente pasienter.

I artikkelen til Kirkevold (2005), kommer det frem at det ofte benyttes tvang i norske sykehjem. Det utføres tvang i forhold til den daglige omsorgen i forbindelse med stell og ved fysisk å holde pasienten da det er fare for uro og problematferd. Det benyttes mye fysisk tvang i form av det å holde pasienter i ro, hvor det benyttes både sengehester og andre gjenstander for å unngå uttidig vandring.

Etiske dilemma vi kan oppleve som sykepleier vil være da vi får to motstridende prinsipper. Det er for oss viktig å se farer pasienten kan komme opp i, men det er også viktig å se hva et tiltak kan gjøre stikk i strid med det som er forventet utfall (Slettebø, 2009).

Pasientrettighetsloven kapittel 4A § 3 (2008) sier det skal ha vært forsøkt tillitsskapende tiltak for helsehjelp, før man setter i gang tvangshandlinger for gjennomføring av hjelp. Tiltakene omhandler der hjelpen er nødvendig, og hvor de uten hjelp kan risikere vesentlig helseskade. Tiltakene må være i tråd med behovet og vilkårene må være oppfylt før vedtak settes i verk. (Berentsen, 2008).

I praksis har vi observert at en pasient som har motsatt seg i å gå på badet. Han ble ført av to pleiere for å gjennomføre daglig hygiene. Pasienten motsatte seg dette kraftig, men ble allikevel ført på badet. Den ene pleieren stod bak og holdt på armene til pasienten, mens den andre vasket. Ut fra denne hendelsen ser vi at dette gjorde pasienten mer skremt og forvirret siden situasjonen utartet seg på en måte som var krenkende og skremmende.

Pasientrettighetsloven kapittel 4A § 4 omhandler gjennomføringen av helsehjelpen. Den igangsettes da alle vilkårene for § 3 er oppfylt. Pasienten kan bli lagt inn på institusjon til helseproblemet er under kontroll, her blir behandling gjennomført under tvang om det blir nødvendig (Helsedirektoratet, 2008).

Det er opp til oss som sykepleiere å gi pasienten tilrettelagt informasjon. Dette for at pasienten skal få benytte seg av sin autonomi og selvbestemmelse. Lov om pasientrettigheter § 3-1 til 3-4, gir pasienter retten til å medvirke, få informasjon og rett til forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2008). For å avgjøre om pasienten kan foreta autonome valg er det visse kriterier som må innfris. Kriteriene omhandler om pasienten er kompetent til å gjennomføre sine planer og behov. For det første er dette veldig raskt gjennomskuelig for utenforstående å se. For selv om pasienten prøver i det lengste å skjule sine handlinger, vil det etter hvert som sykdommen forverrer seg, bli vanskelig å legge skjul på. Dette kan være eksempler der pasienten glemmer komfyren, det kan være å glemme å skifte eller det kan være at pasienten glemmer å spise. For det andre kan det oppstå situasjoner som gjør pasienten urolig, sint og forvirret, alt etter når og hvor episoden finner sted. Autonome valg skal også begrenses da det gjelder pasientens evne til å foreta avgjørelser på adekvat informasjon. Pasienten skal også være fri for påvirkning og ytre press da avgjørelsen skal tas.

Siden vi vet viktigheten av god kommunikasjon og tilrettelegging for pasienten for å unngå tvangshandlinger, ser vi at denne situasjonen ble feiloppfattet av pasienten. Detter fordi informasjon og samhandling ikke ble tatt på pasientens premisser.

Gjennom pasientrettighetsloven kapittel 4A begrenser hjelpen til pasienter uten samtykkekompetanse (Helsedirektoratet, 2008). Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, vil pasienten motta helsehjelp selv om det må utføres tvang, men da i spesielle situasjoner. Om pasienten har hatt et uhell så det kreves skift og vask, det er vår plikt som helsepersonell å utføre denne handlingen, men om det er for å gjennomføre morgenstellet, bør vi se på viktigheten før vi igangsetter uetiske handlinger. Vi ser på det å utføre tvangshandlinger på pasienter som en uvitende handling. Personalet har ofte ikke

tilstrekkelig med kompetanse og kunnskap om demenslidelser og dette fører igjen til feil handling på bakgrunn av hva de tror er akseptabelt. Det er nødvendig med kunnskapsutvidelse for at alle skal kunne handle likt og utføre handlinger i tråd med loven. Dette er opp til den enkelte arbeidsplass å tilby sine arbeidstakere kompetanseheving (Berentsen & Solheim, 2011). Angst preger mange dementes hverdag og dette er en trigger til problematferd hos mange (Engedal & Haugen, 2009). Gjennom eksemplene hvor det å våkne i sengen på sykehjemmet og ikke kjenne seg igjen, eller det å tilbringe mye tid alene på et ”fremmed” sted, utløser uønsket atferd hos demente pasienter som for andre kan virke absurde. Det å fortelle pasienten om hvor vi er i tid og rom, vil være glemt innen kort tid og det samme spørsmålet vil gjenta seg. Pasienten vet ikke hvor en befinner seg, er skremmende for pasienten og fører til utrygghet. Dette kan føre til uro og aggressivitet, som igjen kan medføre uhensiktsmessig respons fra helsepersonalet i form av paternalisme.

Det forekommer jevnlig at pasienter blir utsatt for både svak og sterk paternalisme. Der den sterke paternalismen omhandler det å utføre handlingene mot pasientens vilje, mens svak paternalisme omhandler det å regulere atferden (Slettebø, 2009). I demensomsorgen ser vi gjentakende situasjoner der pasienten blir overkjørt med andres meninger og intensjoner. Dette fratar pasientens totale autonomi og selvbestemmelse. Selv om en pasient ikke innehar kunnskaper om egen helse og hva som er til sitt eget beste, eller ikke vil gjøre det som pleieren ønsker. Vi skal allikevel respektere pasientens ønsker selv om det ikke er ønskelig fra vår side. Vi som sykepleiere ser situasjonen fra en annen vinkel enn pasienten, men pasienten er ikke alltid kompetent til å ta egne beslutninger. Vår oppgave innebærer da å veilede eller å guide pasienten gjennom handlingen. Kommunikasjonen har alt å si for å kunne utføre planlagt handling, vi må beregne god tid for å unngå å utøve tvang.

Å ta vare på pasientens autonomi er viktig i samhandling med pasienten. Autonomiprinsippet innebærer respekt for det andre mennesket. Vi skal som sykepleiere gi pasienten rett til å gjøre egne valg ved å ivareta dens selvbestemmelse og integritet (Slettebø, 2009). Gjennom dette prinsippet ser vi at det hele tiden gjøres avvik enten i form av kommunikasjon hvor pasienten ”lures” til å gjennomføre satt handling, eller det kan være at det er etisk forsvarlig da det spiller inn på verdigheten til pasienten. Pasientens ønske skal bli hørt og vi skal ta hensyn til det. Gjennom et eksempel har vi som studenter opplevd et ektepar hvor begge hadde en demenslidelse, der ble det tidlig i forløpet sagt at uansett hva som skjer, skill oss ikke. Men på grunn av sykdom fikk den ene korttidsplass på sykehjem, det ble det vondt og ubehagelig for den gjenværende og utløste mye frustrasjon, hallusinasjoner og sinne. Dette resulterte i at

ekteparet fikk plass på sykehjem. Siden pasientene ikke var kompetente til å ta vare på seg selv, var dette den beste løsningen.

Medisinsk sett kan være bedre å benytte seg av medbestemmelsen i stedet for selvbestemmelse, hvor det vinkles inn på pasientens deltakelse i bestemmelsen eller der pasienten nekter å motta behandling (Slettebø, 2009).

Hos pasienter uten samtykkekompetanse vil det å kunne ta avgjørelser selv bortfalle (Helsedirektoratet, 2008). For det første blir avgjørelsene tatt av andre enn pasienten, uten at pasienten selv ville ha vært enig om en kunne ha fått bestemme selv. Og for det andre kan det faktisk være til pasientens beste. Vi må vurdere pasienten og viktigheten av da å ha kompetanse og kunnskap om demens, er da viktig for å ta de rette avgjørelsene.

Pasientrettighetsloven § 2.4.3, har som intensjon å sikre pasienten hvis det skulle være noen som helst tvil om samtykkekompetansen. Er man i tvil, er pasienten samtykkekompetent (Helsedirektoratet, 2008). Hvis det skjer, vil vi for det første unnlate å respektere pasientens autonomi og integritet og for det andre vil vi ha lite respekt for et annet iboende menneske. Dette ser vi på som en av grunnpilarene i det å jobbe som sykepleier. Her kommer ordtaket igjen, du skal ikke tro, du skal vite. Antakelser kan slå helt feil ut. Gjennom dette ordtaket kommer vi inn på det å utføre tvang mot pasienter. Viktigheten av å vite hva man gjør i de forskjellige situasjonene. Noe som blir riktig i en setting, kan slå helt feil ut i en annen.

Pasienter med de forskjellige demenslidelsene er alle forskjellige, men den enkelte type har en måte å tilnærme seg på som ikke fungerer for den andre.

Pasientrettighetsloven kapittel 4A, § 1 omhandler nettopp det å sikre rett og forsvarlig helsehjelp, den innebærer å begrense bruken av tvang (Helsedirektoratet, 2008). Vi ser at mange av tvangshandlinger utføres på grunn av manglende kunnskap og kompetanse blant personalet. For det første ser vi viktigheten av å tilegne seg rett og nyttig kunnskap gjennom loven, dette for at personalet skal kunne håndtere jobben sin på juridisk og lovpålagt måte. For det andre er det viktig å være lojale mot vedtak som fattes på avdelingen. Vedtak som blir iverksatt for å redusere en pasients atferd, kan for noen virke meningsløs, dette for å kartlegge eller redusere atferden i spesielle settinger rundt en pasient. Det er viktig at alle utfører det som er bestemt selv om man er uenige, for å unngå mer frustrasjon og problematferd hos pasienten.

5.2 Tillitsskapende kommunikasjon

Eide & Eide (2008) sier at det å forstå hva pasienter med en demenslidelse sier og mener kan være vanskelig, og det stilles store krav til sykepleierens evne til empati og kommunikasjon. Gjennom praksis har vi selv erfart at dette kan være utfordrende, og vi har sett både positive og negative løsninger i kommunikasjon med demente. I vår problemstilling har vi lagt vekt på kommunikasjon. Vi mener nøkkelen til å unngå bruk av tvang og problematferd ligger i måten vi kommuniserer på.

Hummelvoll (2008) skriver i sin teori om sykepleier-pasient-fellesskapet, som har til hensikt å utvikle et samarbeid og fellesskap mellom sykepleier og pasient. Om samarbeidet skal bli av betydning er man avhengig av at det utvikles gjensidig tillit og respekt. Videre sier Hummelvoll (2008) at det å kjenne seg respektert har en avgjørende betydning for selvaktelsen. Er selvaktelsen truet, kan det føre til aggresjon. Det er vår jobb som sykepleiere å opprettholde den positive selvaktelsen hos pasienten. Ved å vise pasienten respekt handler det om å kjenne den enkelte. Samarbeidet mellom helsepersonell er også avgjørende. Noen kjenner den enkelte pasient bedre enn andre, vi er avhengig av verbal kommunikasjon mellom pleierne, dette for å ivareta pasientens verdighet og selvbestemmelse. Artikkelen «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang» viser til at kunnskap om erfaringer og håndteringsmåter. Dette for å bevisstgjøre pleierne og gi dem nye strategier for å kunne håndtere utfordrende pleieoppgaver, som igjen vil bidra til å styrke kvaliteten på omsorgen (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010). I praksis opplevde vi en pasient som ønsket å ha på seg et spesielt sokkepar om natten, og da et annet sokkepar ble funnet frem motsatte pasienten seg å ha på sokkene. Gjennom en samtale med pasienten ble sokkeparet tatt frem og pasienten ropte «Mor». Når dette ble tatt opp viste det seg at en av sykepleierne kjente til historien, pasienten hadde mistet sin mor i tidlig alder, sokkeparet var en julegave hun hadde fått av sin mor. Ledetråden i sykepleier-pasient-fellesskapet er likeverdighet. I liknende situasjoner som nevnt over er det viktig at vi som sykepleiere åpner oss for den forestillingsverdenen pasienten har. Gjennom å lytte til pasienten og vise forståelse for pasientens ønske, oppnår sykepleieren et nærvær med pasienten. Demente kan ha problemer med å uttrykke seg, derfor er det viktig at sykepleieren sender ut rett budskap, nemlig at en ønsker å lytte til pasienten (Hummelvoll, 2008). I sin teori om sykepleie skriver Hummelvoll (2008) at det er sykepleieren som skal være pasientens talsmann når han/hun ikke er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker. På sykehjem har vi møtt pasienter med ulike demenslidelser. Vi har sett demente pasienter blitt oversett og lite ivaretatt i forhold til deres behov. Dette på grunn av liten tid, som er en

unnskyldning vi ofte har hørt. Vi har erfart utsagn som: «Bare gjør det du må, pasienten har glemt hva du har gjort før du har gått ut av rommet». Det er ikke mye som skal til for å lykkes i samhandling med demente, det handler om å møte den enkelte pasient som den han/hun er, og rett kommunikasjon. I følge Eide & Eide (2008) er bekreftelse, struktur og respekt kjerneord i kommunikasjon med demente. Med god struktur er det viktig at omgivelsene rundt er stimulerende nok, da under- og overstimulering kan føre til forvirring, sinne og dårligere funksjon hos den demente (Hummelvoll, 2008). Vi har erfart pasientrom uten personlige eiendeler. Dette resulterte i mye uro og vandring der pasienten skulle «hjem». To pleiere førte pasienten tilbake til rommet, uten at det ga resultater. Pasienten ble frustrert over at han ikke fikk komme «hjem», som igjen førte til aggresjon. Sejerøe-Szatkowski (2004) advarer mot bruk av berøring da det i en tidlig fase av demenssykdommen kan føre til aggresjon hos pasienten. Tilnærmingen skal skje rolig, og en berøring på for eksempel skulderen gir den demente en forberedelse til mer berøring. Denne berøringen gir oss en mulighet til å finne ut om pasienten faktisk ønsker å bli berørt. En studie gjort i Nederland viser til at problematferd, som aggresjon kommer av redusert ivaretagelse og verdighet (Zwijzen, Smalbrugge, Zuidema, Koopmans, Bosmans, Van Tulder, Eefsting, Gerritsen & Pot, 2011). Pasientens eget rom er pasientens «hjem». Dette er et sted pasienten skal føle seg trygg. Inne på rommet er det kun pasienten det handler om. Av erfaring kan vi lære mye ved å observere pasientens eget rom. Vi ser på dette som en god start ved tilnærming. Personlige bilder, gjenstander og møbler er avgjørende. Disse kan benyttes i kommunikasjonen og som avledning når for eksempel en pasient sier han skal «hjem», dette avhenger av om vi som sykepleiere kjenner pasienten godt nok til å si de rette ordene for å kunne avlede pasienten. Studier viser til trekk hos sykepleierne som kan føre til aggresjon hos pasienter med en demenslidelse. Konfronterende kommunikasjon, mangel på respekt for pasientens følelser, dårlig tid og manglende forberedelse før noe skulle skje, er utløsende faktorer for aggresjon hos pasienten (Hem, et.al., 2010). Hummelvoll (2008) sier noe om kommunikasjon med pasienter med frontallappsdemens. På sykehjem er denne typen demens utfordrende å takle. Sykehjemmet er preget av store romflater, mange pasienter og sykepleiere som er trent på å være støttende og trøstende. Vi ser at det er viktig og ikke gi pasienten mange valg, men være bestemt. Vi har erfart spørsmål som «Vil du legge deg nå, eller vil du sitte oppe litt til?». I såne situasjoner ser vi at mange kan ha en stressende tone i budskapet. Dette fører ikke til noen resultater, men forvirring i kommunikasjon med demente. Pasienten klarer ikke å gi sykepleieren et svar, som igjen kan føre til at sykepleieren blir utålmodig og utfører stell uten at pasienten har fått gitt

sitt svar. Benytter sykepleieren seg av rett kommunikasjon, der pasienten kun får ett spørsmål å svare på, kan guiding være en god metode å benytte. Et eksempel kan være at sykepleieren tar rundt pasientens hånd og utfører handlingen sammen. Etter hvert vil pasienten få en fornemmelse av hvordan det skal gjøres og utfører dette selv. Det er viktig ved bruk av guiding med kroppen, skal ikke stemmen brukes. Dette forstyrrer pasienten som skal utføre en handling, og samtidig lytte til hva vi sier (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Gjennom yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) punkt 2.4 skal vi som sykepleiere fremme pasientens selvstendige avgjørelser. Dette gjøres ved at informasjonen er gitt og forstått til pasienten. Men som dement pasient, vil det være en utfordring med informasjonen. Vi velger å benytte dette punktet da vi kan se det i sammenheng med å veilede pasienten til å gjennomføre handlingen. Studier viser til samhandlingssituasjoner mellom pasienter med en demenslidelse og sykepleiere hvor tid ikke hadde noe å si. Dette resulterte i at pasientene viste initiativ, vilje og kompetanse. Suksessfaktoren var at det ble satt fokus på her og nå situasjoner og pasientene følte seg anerkjent. Metoden var at sykepleierne unngikk å stille spørsmål som skapte forvirring, senket tempoet og de skapte rolige og oversiktlige situasjoner slik at pasientene opplevde kontroll (Hem, et.al., 2010).

Gjennom kommunikasjon finnes det flere metoder for å tilnærme seg et annet menneske. Hummelvoll (2008) mener bruken av reminisens egner seg godt i gruppesamlinger. Gjennom kurset «Demensomsorgens ABC» lærte vi om bruken av reminisens som en gruppeaktivitet. Hensikten med denne aktiviteten er at det foregår i samme rom som gir gjenkjenning og trygge rammer hos pasientene (Holthe, 2011). Det å vise engasjement og mimre sammen med pasienten kan være en god arbeidsmetode, som igjen kan bidra til noe positivt ved at pasienten føler verdighet (Eide & Eide, 2008). Som nevnt i teorien sier Sejerøe-Szatkowski (2004) at lukt, lyd, syn og smak kan bidra til å vekke minner. I praksis fikk vi erfare bruken av disse sansene gjennom prosjektet «sansehagen». Dagligstuen og spisebordet ble pyntet med forskjellige farger, og til hver farge fulgte et tema. Temaet skog vekket minner hos spesielt de mannlige pasientene. Lukteputene ble tatt med inn til en pasient som var tidligere tømmerhogger, som vi opplevde som innesluttet og utagerende i oppførselen. Temaet vekket minner hos pasienten, og dette ble vår tilnærming videre i praksisen. Denne erfaringen ga oss en ide som vi tok med videre til livsglede uken. Da reiste vi på museumsbesøk der det blant annet var en utstilling med temaet skog. Pasienten som er nevnt over ble da med på sin første tur utenfor sykehjemmet. Validering er en godt benyttet metode i kommunikasjon med demente. Ved å gjøre de positive følelsene gyldige for pasienten sier Sejerøe-Szatkowski

(2004) at vi ikke skal presse følelsene frem, men la pasienten bestemme innhold og tempo selv. På kurset «Demensomsorgens ABC» lærte vi om å møte pasienten på hans nivå i tid og sted (Berentsen & Solheim, 2011). Av erfaring har vi møtt pasienter som for eksempel snakker om husdyr fra sine yngre dager. Vi ser da på viktigheten av å møte pasienten i den tidsperioden han omtaler og kommunisere i «pasientens tid», som vil gi pasienten den positive følelsen. Pasienter med en demenslidelse husker fortiden bedre enn nåtiden, og dette gjør tilværelsen enda mer forvirrende. Realitetsorientering har til hensikt å møte pasienten der han/hun er i tid og sted og orientere frem til nåtiden (Jakobsen, 2007). Hummelvoll (2008) sier at ved mild form for demens vil pasienten ha god nytte av realitetsorientering, dette fordi tankeevnen relativt er godt intakt, og pasientene ønsker selv å holde seg orientert. Vi har erfart gjennom avislesing at pasienter med demens orienteres til nåtiden, gjennom spørsmål om for eksempel hvem dagens statsminister er. Ved alvorlig grad av demens er ikke realitetsorientering metoden å bruke, da pasienten vil oppleve dette som frustrerende (Hummelvoll, 2008). Gjennom en MMS test har vi kjent på følelsen av og ikke ta hensyn til pasientens autonomi. Vi opplevde at pasienten ble sint og fortvilet over spørsmål som omhandlet nåtiden. Pasienten snakket om sin barndom og årstall som var betydningsfulle for pasienten. På kurset «Demensomsorgens ABC» ble det lagt vekt på at demente «går i barndommen». Fortiden kan benyttes som realitetsorientering til nåtiden, men det er viktig å lytte og kommentere hendelser pasienten forteller fra fortiden (Berentsen & Solheim, 2011). Vi ser at kommunikasjon handler om samhandling.

6. Konklusjon

Gjennom vårt arbeid med denne bacheloroppgaven, har vi vært innom forskjellige tema, teori og definisjoner. Vi følte før vi startet at dette var et tema vi var kjent med gjennom praksis. Etter hvert som vi har lest teori, har vi blitt mer og mer overbevist om at for å kunne jobbe med pasienter som har en demenslidelse, trengs det mye kunnskap og erfaring. Vi ser at en demenssykdom ikke er den samme hos hvert enkelt individ, den er like forskjellig fra menneske til menneske siden vi responderer forskjellig ut fra vår person. Tema for vår oppgave valgte vi for å kunne sette oss dypere inn i en lidelse vi vet er i vekst. Med etiske dilemma vi som sykepleiere daglig vil komme i kontakt med, så ved å fordype oss i dette emnet, ser vi på som et pluss da vi snart skal ut i hjemmesykepleien og sykehjem. Gjennom oppgaven ser vi manglende kunnskap hos mange i helsesektoren. Vi ser derfor at «Demensomsorgens ABC» er et viktig tiltak for å øke kompetansen. Det er like viktig med samhandlingen med pasientene som det å kunne faget.

Vi skal kunne kommunisere med pasienten på en rolig og balansert måte, vi skal ivareta pasientens autonomi og integritet, samtidig som vi viser respekt. Vi har kommet frem til at for å oppnå god kommunikasjon og får å få god nok kunnskap, er det viktig at personalet holdes oppdatert gjennom å delta på kurs. Dette for å kunne godta bestemmelser som blir vedtatt. Vi jobber i god ånd mot et felles mål og ønsker alle at utfallet skal føles bra for pasienten.

Gjennom problemstillingen vår: «Hvordan kan sykepleiere gjennom tillitsskapende kommunikasjon bevare autonomien til demente pasienter med problematferd, uten å bruke tvang?», har vi tatt sikte på å finne svar vi mener er relevante for å bygge en god relasjon til pasienter med en demenslidelse. Det er viktig at pasientrettighetsloven kapittel 4 A synliggjøres for å unngå tvang på grunnlag av liten kunnskap generelt om denne loven.

7. Litteraturliste

- *Berentsen, V., D. (2008). *Demensboka – Lærebok for pleie – og omsorgspersonell*. Tønsberg: Aldring og helse forlaget
- *Berentsen, V., D. & Solheim, K., V. (2011). *Demensomsorgens ABC – Validering, realitetsorientering og reminisens*. Tønsberg: Aldring og helse
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Engedal, K. & Haugen, P., K. (2009). *Lærebok. Demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse forlaget.
- Fjørtoft, A. K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Helsedirektoratet. (2008, oktober). *Lov om pasientrettigheter kapittel 4 A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. (Rundskriv IS-10/2008). Oslo: Direktoratet
- *Helse- og Omsorgsdepartementet (2011). *Demensplan 2015. "Den gode dagen"*. (2011-17-11). Lokalisert på: http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf (s. 9)
- *Helse- og Omsorgsdepartementet (1998-99). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-12-1998-99-/3/3/1.html?id=305850>

*Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R. (2010). *Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang*. DOI: 10.4220/sykepleienf.2001.0007.

*Hoffmann, B. (2002). Pasientautonomi som etisk rettesnor en kritisk gjennomgang. *Sykepleien* 2002 90(17):39-44. doi: 10.4220/sykepleiens.2002.0048

*Holthe, T. (2011). *Demensomsorgens ABC - Aktiviteter*. Tønsberg: Aldring og helse

Hummelvoll, J., K. (2008). *HELT - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademiske

*Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget

*Justis- og Beredskapsdepartementet (1999). "Ytringsfrihed bør finde Sted" (Norges offentlige utredninger (NOU) 1999:27). Oslo: Departementet

*Kirkevold, Ø. (2005). Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskrift for Den Norske legeforening*. 2005;125:1346- 8. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1192223>

*Lindholm, C. (2010). *När orden fattas oss - om demens, språk och kommunikasjon*. Stockholm: Liber AB

*Nielsen, J., E. (2011). *Forstå demens* (2. utg.). København: Hans Reitzels Forlag

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *De Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Nortvedt, M., W., Jamtvedt, G., Graveholt, B. & Reinart, L., M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

*Rokstad, A-M., M. (2011). *Demensomsorgens ABC – Etiske utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse

*Sejerøe-Szatkowski, K. (2004). *Demens. Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Solum, E. M., Slettebø, Å., & Hauge, S. (2007). *Prevention of unethical actions in nursing homes*. Lokalisert på: [http://web.ebscohost.com/ehost/results?sid=b307589f-3d82-47e9-9468-76a64d2bde90%40sessionmgr12&vid=1&hid=21&bquery=\(Dementia\)+AND+\(Dignity\)+AND+\(Autonomy\)&bdata=JmRiPWM4aCZjbGkwPUZUJmNsdjA9WSZjbGkxPURUMSZjbHYxPTIwMDcwMS0yMDEyMDEmdHlwZT0xJnNpdGU9ZWZvc3QtbGl2ZQ%3d%3d](http://web.ebscohost.com/ehost/results?sid=b307589f-3d82-47e9-9468-76a64d2bde90%40sessionmgr12&vid=1&hid=21&bquery=(Dementia)+AND+(Dignity)+AND+(Autonomy)&bdata=JmRiPWM4aCZjbGkwPUZUJmNsdjA9WSZjbGkxPURUMSZjbHYxPTIwMDcwMS0yMDEyMDEmdHlwZT0xJnNpdGU9ZWZvc3QtbGl2ZQ%3d%3d)

*Zwijzen, S. A., Smalbrugge, M., Zuidema, S. U., Koopmans, R., Bosmans, J. E., Van Tulder, M. W., Eefsting, J. A., Gerritsen, D. L. & Pot, A-M. (2011). Grip on challenging behaviour: a multidisciplinary care programme for managing behavioural problems in nursing home residents with dementia. *Biomedcentral*. DOI: 10.1186/1472-6963-11-41.

PICO SKJEMA

Tema: Pasienter med en demenslidelse og bruken av tvang.

Søkbart spørsmål: Hvordan unngå bruk av tvang hos pasienter med en demenslidelse?

P	I	C	O
Demente pasienter	Autonomi		Hvordan ivareta demente pasienters autonomi, uten bruk av tvang?

Kort presentasjon av valgt artikkel:

I	Artikkelen omhandler grensene mellom frivillighet og tvang hos pasienter med en demenslidelse som motsetter seg nødvendig helsehjelp. Hensikten med studien er å beskrive typiske situasjoner som kan oppstå når pleie og omsorg skal gis til pasienter med en demenslidelse som motsetter seg hjelp.
M	I denne studien ble det gjennomført 11 fokusgruppeintervjuer der 60 pleiere på 5 sykehjem deltok. Gruppene bestod av 3-7 deltagere. Det ble benyttet en åpen form for analyse, der intervjuene varte i 2 timer og ble tatt opp på bånd, for deretter å bli transkribert. Dette resulterte i 311 sider.
R	Resultatene viser at det å hjelpe demente med for eksempel personlig stell kan by på mange utfordringer. Det er ofte store uklarheter mellom grensene av frivillighet og tvang, og frivillige situasjoner kan brått snu til det motsatte, tvang. Viser pasienten motstand kan dette være i måten ting gjøres på enn motstand mot selve handlingen. Resultatet viser til at etablering av tillitsfulle relasjoner er en måte å redusere bruken av tvang på, og det øker frivilligheten og samarbeidet mellom pasient og pleier.
D/	Studien konkluderer med kunnskap om pleiernes erfaringer og håndteringsmåter vil bevisstgjøre og gi pleierne flere strategier for å kunne

konklusjon	gjennomføre utfordrende pleieoppgaver. Kunnskapen vil videre bidra til å iverksette tiltak som styrker kvaliteten på omsorgen, og på sikt å redusere tvang.
------------	---

Tittel på artikkel: «Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang».

Forfattere: Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R. & Førde, R.

Gitt ut: 2010

DOI: 10.4220/sykepleienf.2001.0007

Link til artikkel: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/569183/pleie-og-omsorg-i-grenselandet-mellom-frivillighet-og-tvang>

Tema: Pasienter med en demenslidelse og problematferd.

Søkbart spørsmål: Hvordan redusere problematferd på en effektiv måte?

P	I	C	O
Demente pasienter	Livskvalitet		Hvordan redusere problematferd hos demente pasienter?

Kort presentasjon av valgt artikkel:

I	Artikkelen omhandler problematferd hos pasienter med en demenslidelse i sykehjem. Problematferd kan være belastende for både pasientene og pleiepersonellet. Studien evaluerer effektiviteten av et nytt omsorgsprogram for håndtering av problematferd hos demente.
M	Metoden i studien består av fire trinn: oppdagelse, analyse, behandling og evaluering. I alt deltar 14 avdelinger fra forskjellige sykehjem med demente pasienter. Den primære vinklingen er problematferd, mens den sekundære vinklingen i studien omfatter livskvalitet, fysiske begrensninger og

	arbeidsbelastning. Effekten av studien ble beregnet ved hjelp av en regresjonsanalyse. Det ble også gjennomført en økonomisk evaluering.
R	Omsorgsprogrammet ventes å være effektivt for å redusere problematferd hos pasienter med en demenslidelse. Det ventes også økt livskvalitet hos pasientene og redusert arbeidsbelastning for pleiepersonell.
D/ konklusjon	Ut i fra resultatet der det forventes nedgang av problematferd, økt livskvalitet og redusert arbeidsbelastning, vil det resultere i mindre kostnader for sykehjemmene. Resultatene i denne studien ventes å øke motivasjonen for andre sykehjem og avdelinger til å benytte seg av dette nye omsorgsprogrammet.

Tittel på artikkel: «Grip on challenging behaviour: a multidisciplinary care programme for managing behavioural problems in nursing home residents with dementia».

Forfattere: Zwijsen, S. A., Smalbrugge, M., Zuidema, S. U., Koopmans, R., Bosmans, J. E., Van Tulder, M. W., Eefsting, J. A., Gerritsen, D. L. & Pot, A-M.

Publisert: Februar, 2011

DOI: 10.1186/1472-6963-11-41

Link til artikkel: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/41>

Tema: Unødvendig bruk av tvang

Søkbart spørsmål: «Hvordan kan vi som sykepleiere gjennom tillitsskapende kommunikasjon bevare autonomien til pasienter med problematferd, uten å bruke tvang?»

P	I	C	O
Pasienter med demens	Unødvendig bruk av tvang i demensomsorgen Etiske problem under ADL		Hvordan vi som helsepersonell skal respektere pasienten og ivareta dens autonomi.

Kort presentasjon av valgt artikkel:

I	Artikkelen tar for seg etiske problemstillinger som ofte oppstår i sykehjem. Den tar opp pleiepersonalets dialog med pasienten og hvor flinke personalet var til å respektere pasientens rettigheter. Hvor flinke de var på å vurdere selvbestemmelsen til pasientene og om pasientene ble behandlet med respekt i den daglige omsorgen.
M	Dette er en kvalitativ studie som tar for seg hermeneutisk fenomenologisk del. Dette siden vi mennesker er fortolkende vesen. For å samle informasjon ble det benyttet både observasjon og intervju metode. Det var totalt syv omsorgspersoner som deltok i studien og 26 eldre pasienter med ulike diagnoser på to avdelinger. Ansatte ble bedt om å gi skriftlig samtykke så informasjonen kunne videreformidles og benyttes i studien. Da de gjennom studien skulle observeres under daglige gjøremål og kommunikasjon med pasienter. Observasjonen ble utført i 16 dager over fire uker. Dette ble totalt 70 timer med fire til fem timer per dag. For å ikke påvirke resultatet gikk observatøren ut av rommet pleien foregikk på, men hun la igjen spilleren på rommet. Mye observasjon stammer også fra overlappingsrommet der pleierne hadde sine daglige rapporter.
R	Gjennom studien ble det avdekket etiske problemstillinger til 10 av de 26 pasientene, Det omhandlet pasientens autonomi i samhandling med pleiernes moral. På grunn av manglende resurser ble det ofte liten tid til hver enkelt pasient. Det ble også oppdaget at personalet ikke var så flinke til å lytte til pasientene. De utførte heller oppgavene sine til fordel for det de trodde var best og da ikke til pasientens beste. De benyttet seg av paternalisme da de mente de viste bedre og overså pasientenes autonomi i flere tilfeller. De overhørte pasientenes egne ønsker gjentatte ganger
D/ konklusjon	Pleiepersonalet ved disse avdelingene ikke hadde full respekt for pasientene. Flere pasienter på avdelingen hadde ikke tillit til personalet. Selv om pasienter fortalte om sine ønsker og behov, så ble de ikke hørt. Personalet var ikke uetiske, men noen av handlingen de gjennomførte var ikke etisk i den grad det

	er forventet. Det er stort behov for kunnskap og kursing bland pleierne og det er viktig å gjøre dem mer bevisste på sine handlinger.
--	---

Tittel på artikkel: «Prevention of Unethical actions in nursing homes»

Forfattere: Solum, E. M., Slettebø, Å. & Hauge, S.

Publisert: 2008

Link til artikkel: [http://web.ebscohost.com/ehost/results?sid=b307589f-3d82-47e9-9468-76a64d2bde90%40sessionmgr12&vid=1&hid=21&bquery=\(Dementia\)+AND+\(Dignity\)+AND+\(Autonomy\)&bdata=JmRiPWM4aCZjbGkwPUZUJmNsdjA9WSZjbGkxPURUMSZjbHYxPTIwMDcwMS0yMDEyMDEmdHlwZT0xJnNpdGU9ZWZvc3QtbGl2ZQ%3d%3d](http://web.ebscohost.com/ehost/results?sid=b307589f-3d82-47e9-9468-76a64d2bde90%40sessionmgr12&vid=1&hid=21&bquery=(Dementia)+AND+(Dignity)+AND+(Autonomy)&bdata=JmRiPWM4aCZjbGkwPUZUJmNsdjA9WSZjbGkxPURUMSZjbHYxPTIwMDcwMS0yMDEyMDEmdHlwZT0xJnNpdGU9ZWZvc3QtbGl2ZQ%3d%3d)

Tema: Pasienter i sykehjem utsatt for tvang.

Søkbart spørsmål: ”Hvordan kan vi som sykepleiere redusere bruken av tvang i sykehjem?”

P	I	C	O
Demente pasienter i sykehjem			Hvordan unngå problematferd

Kort presentasjon av valgt artikkel:

I	Tvang i eldreomsorgen i forbindelse med stell og medisinerer er lite vitenskapelig dokumentert. Derfor ble det etter 1996 gjennomført flere diskusjoner rundt temaet da en sykepleier i England ble permittert på grunn av en uetisk handling der hun etter oppfordring fra legen, medisinerer en pasient uten å informere pasienten om det.
M	Dette er en kvalitativ studie hvor det blir samlet inn informasjon gjennom to fylker ved seks sykehjem, dette utgjorde 54 kommuner, 222 avdelinger og 1501 pasienter hvorav disse hadde primæren sin tilgjengelig da undersøkelsen ble utført. I tillegg utgjorde pasienter fra fire undervisningssykehjem 425 pasienter. Intervjuet ble gjort med primærkontakten til pasienten som opplyste om ukens hendelser, mental kapasitet, atferdsavvik og funksjonsnivået til pasienten i forhold til daglige aktiviteter. Plasser, senger og stillinger samt

	utdanningsnivå ble kartlagt. Spørsmålene som ble stilt omfattet typer tvang som ble benyttet uansett sammenheng, tiltak, hvem som hadde tatt avgjørelsen og hvorvidt det var dokumentert.
R	Gjennom en uke var 37 % i somatisk avdeling utsatt for mekaniske tiltak og overvåking, mens det i skjermet avdeling var 45 % som ble utsatt for tvangstiltak i forbindelse med medisinske undersøkelser og ADL.
D/ konklusjon	Tvang under flere former er ofte brukt i norske sykehjem. Det utføres dårlig dokumentasjon av observasjoner og utførte handlinger og det bunner i dårlige rutiner, informasjon og kunnskap.

Tittel på artikkel: «Bruk av tvang i sykehjem»

Forfattere: Kirkevold, Ø.

Publisert: 2005

Link til artikkel: <http://tidsskriftet.no/article/1192223>